

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Nom :Prénom :Date de naissance

Adresse :

Code postal / Ville :Email

Tél portable /fixe /bureau

Médecin référent :Adresse+ tél

Avez-vous une complémentaire? Laquelle?.....

AVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS EU DES PROBLEMES DE SANTE ?

SI OUI PRECISEZ:

Oui **Non**

Troubles cardiaques/vasculaires/sanguins :

Troubles articulaires :

Troubles de la coagulation :

Troubles rénaux :

Troubles digestifs :

Troubles hépatiques :

Troubles nerveux :

Troubles pulmonaires/respiratoires :

Troubles oculaires :

Allergies :

Maladies infectieuses :

Chimiothérapie/radiothérapie :

Diabète : **si oui** : équilibré non équilibré type I type II type III

Autres maladies :.....

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Si oui précisez.....

Etes-vous enceinte ? Si oui date du terme

Etes-vous fumeur?

N'hésitez pas à signaler tout élément n'ayant pas été abordé dans ce questionnaire

.....
.....

Date: Signature:

